RECHERCHES

SUR LA

SPLÉNOMÉGALIE CHRONIQUE

DES NOURRISSONS

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1906

PAR

Mlle Eugénie SMIRNOFF

Née à Bérasague (Russie), le 15 Avril 1882

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER
Société Anonyme de l'Imprimerie Générale du Midi

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM MAIRET (✻) .... DOYEN
TRUC .... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, F. BERTIN-SANS (✻).
GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, professeur adj
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND (✻), agrégé
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, agr. li
Accouchements	PUECH, agrégé libre.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIÈRE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUÉRIN	

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM BOSC, Professeur, *Président.*	MM. VEDEL, Agrégé
RAUZIER, Professeur-adjoint	GAGNIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises da Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

E. SMIRNOFF.

A la pensée de quitter pour toujours Montpellier et la Faculté de Médecine où nous avons reçu notre instruction médicale, nous ne pouvons nous défendre d'un vif sentiment de regret.

Nous tenons à témoigner à tous nos maîtres de cette École notre sincère reconnaissance et nos profonds remerciements.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Bosc, qui nous a si aimablement invitée à suivre les consultations gratuites des nourrissons de Montpellier, dirigées par lui, nous avons pu entreprendre cette étude, qui nous a vivement intéressée.

Les lundis et les vendredis passés à la consultation des enfants resteront un de nos plus chers souvenirs.

L'attention et l'infatigable patience avec lesquelles il examine l'enfant malade et fait l'éducation de la mère, seront notre plus sûr guide dans l'exercice de la médecine infantile.

Son cours d'anatomie pathologique, plein de science, de clarté et d'intérêt, nous a toujours beaucoup attirée.

Nous garderons pour M. Bosc un ineffaçable souvenir de profonde reconnaissance et nos plus vifs remerciements.

Nous sommes fière d'avoir été l'élève de notre distingué maître, M. le professeur Grasset; son enseignement plein de science, rendu encore plus attrayant par l'extrême délicatesse avec laquelle il traite ceux qui l'entourent, a toujours été celui que nous préférions. Qu'il veuille bien accepter toute notre gratitude et notre profonde estime.

Nous exprimons tous nos meilleurs sentiments de reconnaissance et de sympathie respectueuse à M. le professeur Rauzier.

RECHERCHES

SUR LA

SPLÉNOMÉGALIE CHRONIQUE

DES NOURRISSONS

INTRODUCTION

Le chapitre de la splénomégalie chez les nourrissons est
ncore confus et mérite que l'on s'y attache. Un premier
ait qui ressort des travaux des auteurs et de nos propres
echerches, c'est que la splénomégalie vraie est fréquente
hez les nourrissons. Quant à dire, comme on l'a fait autre-
ois, que cette hypertrophie de la rate n'est qu'un fait banal
épourvu de valeur pour le médecin, les constatations de la
lupart des cliniciens et nos observations aboutissent à des
onclusions contraires, et doivent montrer au médecin que
recherche de la mégalosplénie lui apportera des indica-
ions précieuses pour le diagnostic et le pronostic. La consta-
ation de la splénomégalie ne rendra pas seulement au méde-
in le service de ne pas laisser échapper par inattention une
naladie confirmée, syphilis ou tuberculose en particulier,

CHAPITRE PREMIER

Méthode d'exploration de la rate
Diagnostic d'organe et de l'hypertrophie splénique vraie

A. Exploration de la rate. — « Chez l'enfant, la rate est profondément située dans la cavité abdominale, refoulée vers la colonne vertébrale, masquée par l'estomac et le côlon distendu par les gaz, recouverte souvent par l'extrémité du foie, plus développé dans les premières années de la vie. La rate est enfermée dans une véritable loge, limitée en dedans par la face antéro-latérale de la colonne vertébrale (1re et 2me lombaires); en dehors, par un feuillet péritonéal et les insertions du diaphragme ; en arrière et en haut, par ce même muscle et ces piliers ; en avant, par l'angle des côlons transverse et descendant et le grand cul-de-sac de l'estomac; en haut, par le foie; en bas, par la capsule surrénale et le rein gauche ». (*Gastou et Vallée*, contribution à l'étude de la rate chez l'enfant. *Rev. mens. des mal. de l'enfance, 1892.)*

Cette situation profonde de la rate exige pour son exploration, qui d'ailleurs doit être pratiquée suivant certaines règles, le plus grand soin et la plus grande attention.

Pour la constatation de la grosse rate chez les enfants nous avons eu recours presque exclusivement à la palpation, d'après les règles que nous indiquerons plus bas. La

ission et l'inspection ne fournissent pas, en effet, de
ées bien précises, puisque la rate est ordinairement
iverte par des anses intestinales distendues par les gaz.
eurs, la plupart des auteurs (Marfan, Filatow, Macé,
ier, etc) reconnaissent la supériorité évidente de la
ition, dans l'examen de la rate chez les enfants sur
itres moyens d'investigation (percussion et inspection).
quelques-uns même, c'est le seul moyen par lequel
ertrophie de la rate peut être constatée avec certi-

ois méthodes peuvent être employées dans l'exploration
rate par la palpation.

première méthode, que nous n'avons jamais essayée,
ste à placer l'enfant à quatre pattes, pour ainsi dire,
e de l'enfant du côté du médecin, qui, avec son index
, répondant au plan antérieur de l'enfant, recherche la

ns le second procédé, on fait coucher l'enfant sur le dos ;
la main droite, on empaume le flanc gauche de l'enfant
pouce, qui est dirigé en avant, déprime légèrement et
à petit, la paroi abdominale.

us avons employé ce procédé surtout au début de nos
rches ; il nous a permis d'apprécier certaines rates
nineuses, grâce à l'inégalité de résistance existant entre
roi abdominale et celle de la rate Si nous le trouvons
eur à celui qui va suivre, c'est parce que la rate n'est
e seul organe qui puisse tomber ainsi sous le pouce ;
mac distendu par les gaz, le côlon descendant et
verse avec matières fécales, le rein gauche, etc., comme
l'indiquerons en discutant le diagnostic différentiel,
ent nous induire en erreur et nous donner la même
tion qu'une grosse rate. D'autre part, la paroi abdo-
le, qui est fortement tendue par le décubitus dorsal de

l'enfant, ne se laisse que difficilement déprimer et s'opp ainsi quelque peu à la recherche de l'organe.

En outre, cette sorte de palpation ne met bien en évide que les hypertrophies déjà considérables.

Telles sont les raisons qui nous font trouver cette méth incomplète et insuffisante.

Le troisième procédé, que nous avons employé cour ment, et qui est conseillé par la plupart des auteurs, cons à coucher l'enfant sur le dos, légèrement incliné su côté droit ; on se met à sa gauche, du côté de sa tête place la main droite au niveau de l'hypochondre gauch peu près dans la direction de la ligne axillaire médiane, extrémités digitales en bas et, avec les doigts, légèrem recourbés en crochet, on déprime doucement la paroi ab minale, comme si on voulait pénétrer sous les fausses cô Pour faciliter le relâchement de la paroi abdominale peut saisir la cuisse avec la main gauche et la fléchir su ventre.

B. — Diagnostic d'organe et hypertrophie splénique vi

Nous nous trouvons, grâce à un de ces procédés, en sence d'une tumeur siégeant dans l'hypochondre gauch diagnostic différentiel doit être fait tout d'abord avec tumeur de l'estomac ou du lobe gauche du foie ; mais tumeur, étant le plus souvent un cancer, est une affe si rare à l'âge que nous considérons, qu'il suffit de men ner ce diagnostic, pour l'écarter de suite. Et en tous il y aurait tout le tableau que présentent généralemen tumeurs de l'estomac ou du foie, et que pour notre il ne nous a jamais été permis de rencontrer.

Les matières fécales et les gaz, ramassés dans l'angl forme le côlon transverse avec le côlon descendant, p raient à la rigueur donner la sensation d'une tumeu

dans l'hypochondre gauche. Mais il est bien difficile
nettre que cette tumeur aille se loger tout à fait sous
usses côtes, à la place même de la rate ; sa surface ne
amais aussi lisse et aussi régulière que celle d'un
e comme la rate ; elle ne sera jamais assez dure pour
s doigts, surtout en insistant un peu, ne puissent pas
r à la déprimer. D'ailleurs l'interrogatoire aurait fait
ndre que l'enfant est un fort constipé, et enfin, s'il y
doutes à ce sujet, le moyen de s'en débarrasser est
imple — c'est d'administrer un purgatif ou un lave-
qui feront disparaître cette tumeur, si elle est pro-
par des matières fécales stagnantes. Ce diagnostic
ine de lui-même, quand l'enfant a été suivi pen-
plusieurs semaines ou plusieurs mois et que la
r persiste toujours dans la région splénique sans
r de place.

diagnostic devient un peu moins facile, lorsqu'il s'agit
ciser si l'on n'a pas affaire à un rein gauche abaissé
menté de volume. C'est précisément ici, que se mani-
tous les avantages du troisième procédé. En effet,
confusion ne peut être faite que lorsqu'on va à la
che de la rate avec le pouce ; en déprimant la paroi
inale avec ce doigt, d'après les règles que nous avons
es plus haut, on ne peut pas pénétrer facilement
s fausses côtes où la rate se trouve placée ; de plus,
organes de la moitié gauche de l'abdomen, surtout
s cas si nombreux de gros ventres flasques, peuvent
sous le doigt explorateur. Tandis que si, l'enfant
uché sur le dos et légèrement incliné sur son côté
n déprime doucement la paroi abdominale au niveau
ochondre gauche avec les doigts de la main droite,
és en crochet en tâchant de pénétrer sous les fausses
a rate, si elle est hypertrophiée, tombe directement

sous les doigts et aucun autre organe ne peut venir se pla ainsi entre les fausses côtes et les doigts directement app qués contre elles. Le rein gauche en particulier sera si plus à droite et beaucoup plus vers la colonne vertébral ne sera jamais ainsi appliqué contre les fausses côtes. D' leurs, pour qu'on puisse arriver à palper le rein, il faut q soit augmenté de volume ou abaissé. Augmenté de volu — par une tumeur, le plus souvent, chose très rare d l'enfance ; abaissé — mais il faut avoir des raisons pour les organes soient ptosés, raisons, qui chez l'enfant s le plus souvent difficiles à être réalisées. En tout cas, c toujours le rein droit, qui s'abaisse avec plus de facilité sorte qu'il doit être toujours perçu à la palpation, lors le rein gauche l'est.

Enfin nous arrivons au point le plus délicat du diagno différentiel, pour le débutant : les insertions costales du phragme et du muscle tranverse de l'abdomen, en éta contraction, donnent la sensation d'un corps dur, à b arrondis qui donne l'impression d'une grosse rate. (Kutt

Plus d'une fois, il nous est arrivé de sentir très netten une tumeur dure et arrondie, perçue à la place où aura siéger la rate ; mais un moment après on ne retrouvait ce corps, que l'on avait déjà eu l'intention de consi comme une rate, probablement augmentée de volume corps dur et arrondi, qui disparaissait et réapparaissait les doigts, ne pouvait évidemment pas être la rate ; il formé par les fibres musculaires insérées sur les fa côtes (diaphragme et muscle transverse de l'abdom qui entraient en contraction, excitées par les doigts exp teurs.

On voit donc que le diagnostic d'une tumeur perçu la palpation dans l'hypochondre gauche, n'est pas diffi qu'avec quelque habitude et un peu d'attention on

toujours à dire si cette tumeur est la rate ou un autre organe.

Une fois que l'on est sûr de se trouver en présence d'une rate perceptible à la palpation, il reste à se demander si cette rate est une rate normale, une rate hypertrophiée ou une rate simplement abaissée?

Occupons-nous d'abord de la rate normale, ni augmentée de volume, ni abaissée. Une pareille rate est-elle ou peut-elle être perceptible aux doigts explorateurs d'après les règles que nous avons exposées plus haut ?

Pour certains auteurs, Marfan et Filatow, en particulier, chez de très jeunes enfants, âgés à peine de quelques semaines ou de quelques mois, quand on a l'habitude de l'exploration, la rate peut être parfois perçue par la palpation, même lorsqu'elle est normale. Mais ces cas sont toutefois très rares ; ces auteurs même admettent qu'en règle générale, toute rate sentie par la palpation, si elle n'est pas abaissée, est augmentée de volume.

Quant aux autres auteurs, Kuttner, Hochsinger, ils excluent absolument la possibilité d'arriver à palper chez un enfant une rate normale, et admettent que toute rate non abaissée, perçue par la palpation, est nécessairement hypertrophiée. Ce n'est donc, en somme, que chez les enfants à la naissance ou âgés de quelques semaines, que la rate normale peut être palpable, et comme nous n'avons affaire, dans la très grande majorité de nos enfants qu'à des nourrissons âgés d'au moins un mois, nous pouvons éliminer cette cause d'erreur. Comme l'on pourrait objecter également que la perception d'un corps dur par l'extrémité des doigts recourbés et enfoncés profondément sous les côtés, ne correspond pas, surtout chez les rachitiques à thorax évasé, à une rate normale ; nous n'avons admis comme hypertrophie de la rate que les cas où elle dépassait les fausses côtes et était

nettement perçue en arrière d'elles, cette constatation ayant été vérifiée à plusieurs reprises. De plus, la consistance de la rate avait été, le plus souvent, modifiée.

Aussi, sommes-nous autorisée à penser que, dans aucune de nos observations, nous n'avons eu affaire à ces cas rares de rate normale non abaissée et perceptible à la palpation.

La rate perçue à la palpation est-elle abaissée?

La question est d'habitude facile à résoudre : si le thorax n'est pas trop déformé pour ne pas permettre le développement normal des organes ; s'il n'existe pas un épanchement pleurétique gauche ; si, enfin, les autres organes ne sont pas ptosés, on a le droit de dire qu'il n'y a aucune raison pour que la rate soit abaissée ; et, si on la perçoit, c'est qu'elle est augmentée de volume.

Donc, en règle générale, on peut poser, que toute rate perçue par la palpation, si elle n'est pas abaissée, est augmentée de volume.

CHAPITRE II

Pathologie des splénomégalies

La rate hypertrophiée est-elle *fréquente* chez les nourrissons? Les auteurs ne sont pas d'accord et ont donné des pourcentages bien différents parfois les uns des autres. Friedreich sur 14.211 enfants au-dessous de 3 ans et pris au hasard, n'aurait trouvé la rate palpable que dans six cas. Graanboom, sur 1.000 enfants de moins de 3 ans, constate une rate nettement palpable dans 116 cas, soit dans 11,6 °/₀ des cas. Ces chiffres concordent avec ceux de Kuttner, de Gastou et Vallée. Marfan arrive à des chiffres à peu près semblables, puisque sur 376 enfants de moins de 2 ans la rate a été hypertrophiée dans 40 cas, soit dans une proportion de 10,6 °/₀.

Nos recherches ont porté sur les 446 enfants, âgés de moins de 3 ans, que, grâce à l'obligeance de M. le professeur Bosc, il nous a été permis d'observer à la consultation gratuite des enfants de Montpellier, pendant huit mois (de fin octobre 1905 à fin juin 1906).

Sur ces 446 enfants, la rate chroniquement hypertrophiée a été constatée dans 30 cas, soit dans 6,6 °/₀. Notre chiffre est un peu faible par rapport à celui de Graanboom, mais ceci peut s'expliquer, peut-être, par le fait que nous n'avons admis que les cas de rate nettement et en outre chronique-

ment hypertrophiée, tandis que M. Graanboom n'a pas fait cette limitation et a porté dans sa statistique toutes les rates qu'il avait vues augmentées de volume. Quant à la statistique de Marfan qui, lui aussi, n'a admis que les cas de rate chroniquement hypertrophiée, notre chiffre est encore légèrement plus faible, sans que nous puissions nous en expliquer la cause.

Quant à la valeur séméiologique de la splénomégalie chez les enfants, on admet généralement que des causes multiples peuvent la produire et qu'elle n'a, par conséquent, à ce point de vue, qu'une faible valeur.

C'est ainsi que Gastou et Vallée arrivent à dire qu'on ne peut tirer de ce signe une valeur diagnostique bien grande, puisque l'enfant a facilement et fréquemment sa rate grosse; de simples diarrhées, provenant d'une nourriture défectueuse, peuvent l'amener, même sans troubles sérieux de la santé.

M. Graanboom est du même avis et conseille de ne pas exagérer la valeur diagnostique d'une rate tuméfiée.

Ce n'est que dans certains mémoires que l'on trouve mentionnée une étiologie plus spéciale et un pourcentage plus précis. Quelques auteurs, comme Kuttner, Sasuchin, Gerhard, admettent que le rachitisme est de beaucoup la cause la plus fréquente de la splénomégalie des jeunes enfants.

Pour d'autres, au contraire, le rachitisme ne joue qu'un rôle effacé, tandis que la tuberculose et la syphilis jouent le rôle pathogénique le plus important. Mais, tandis que pour certains auteurs la tuberculose agit avec une fréquence égale à celle de la syphilis, pour d'autres et en particulier pour Marfan, elle ne joue qu'un rôle bien effacé, tandis que la syphilis doit toujours être présente à l'esprit dans le cas d'hypertrophie de la rate.

Pour ne citer que la statistique de Colcott Fox et Hall, nous

›yons que sur 68 cas de mégalosplénie chez des enfants de mois à 2 ans 1/2 il y avait : 5 cas de tuberculose aiguë, °/₀ de cas de syphilis héréditaire et 45 °/₀ de syphilis dou-use, tandis que le rachitisme ne paraissait pas avoir d'in-ience.

Marfan, sur les 40 cas d'hypertrophie splénique qu'il ouve sur 376 enfants, ne constate qu'un seul cas où la berculose puisse être invoquée. Marfan, Gastou et Vallée, usset trouvent non seulement que la rate est rarement pertrophiée dans la tuberculose, mais qu'elle est plutôt volume normal et même plus petite.

Nos observations personnelles nous permettent d'établir le ›urcentage suivant : les 30 mégalosplénies observées chez ›s 446 enfants se rapportent dans 21 cas à la tuberculose, ıns 7 cas à la syphilis héréditaire ; enfin dans 2 cas la cause meure inconnue ; soit les proportions : tuberculose 70 °/₀ ; philis héréditaire 21,3 °/₀ ; causes inconnues 6,7 °/₀.

On voit donc que de nombreuses recherches portant sur un and nombre d'enfants pris au hasard sont encore néces-ires pour arriver à fixer un pourcentage précis.

La plupart des auteurs que nous venons de citer ne men-›nnent guère dans leur statistique que les splénomégalies ıes à la tuberculose, à la syphilis et au rachitisme.

Ce sont en effet là les maladies que l'on a surtout accusées produire l'hypertrophie de la rate. Mais en dehors d'elles, faut signaler encore un grand nombre de causes suscepti-es d'entraîner une mégalosplénie chronique et qui, dans rtains pays, peuvent jouer le rôle de causes importantes. ›us signalerons le paludisme, la fièvre récurrente, l'anémie lénique, la maladie de Banti, la lymphadénie et aussi les rdiopathies congénitales et peut-être les gastro-entérites roniques.

Nous devons faire une étude rapide de chacune de ces cau-

ses, en insistant tout particulièrement sur le rôle de la syphilis et de la tuberculose, et sur l'importance qu'il convient d'attribuer au rachitisme.

1° Splénomégalie tuberculeuse. — La plupart des auteurs (Besnier, Rillet et Barthez, Henoch, Landouzy) insistent sur la fréquence de l'hypertrophie splénique dans la tuberculose. Manicatide trouve 10 tuberculoses de la rate chez 12 enfants tuberculeux et il dit que, dans tous les cas de tuberculose qu'il a examinés, la rate a été trouvée augmentée de volume, même lorsque l'évolution de la tuberculose a été des plus lentes.

Cependant Marfan, sur 376 nourrissons de moins de 2 ans pris au hasard et sur les 40 cas d'hypertrophie splénique qu'il constate, n'a observé qu'*un seul* cas d'hypertrophie de la rate d'origine tuberculeuse. D'après lui, la *splénomégalie tuberculeuse serait rare*, de sorte qu'il faut chercher, chez les nourrissons à grosse rate, non la tuberculose, mais le rachitisme ou la syphilis.

Nos observations personnelles ne nous permettent pas d'admettre ces conclusions de Marfan; elles renversent même complètement la formule de cet auteur au profit de la tuberculose. En effet, sur nos 30 cas d'hypertrophie splénique, la tuberculose a agi dans 70 °/₀ et la syphilis dans 21,3 °/₀.

Nos résultats ne paraîtront pas étonnants, quand on connaît d'une part la fréquence de la tuberculose chez l'enfant âgé de moins de 3 ans, et d'autre part la fréquence de l'hypertrophie de la rate constatée à l'autopsie chez les enfants morts de tuberculose chronique.

Pour Landouzy, Henoch, Aviragnet, Gastou, la rate est constamment tuberculisée chez les enfants et elle est ordinairement grosse.

Rillet et Barthez la trouvent hypertrophiée chez le tiers, et Carrière dans 50 % des cas, et en outre 40 % présentent des tubercules; Manicatide, sur 12 autopsies d'enfants tuberculeux, trouve 10 tuberculoses de la rate avec hypertrophie de cet organe.

Ces constatations vérifient donc les chiffres de 70 % de splénomégalies tuberculeuses que nous donne notre examen.

Nous devons donc en conclure que toutes les fois qu'on trouvera une rate grosse chez un nourrisson, *il faut d'abord penser à la tuberculose.*

Un fait de la plus haute importance est que la splénomégalie ne sera pas seulement l'indice d'une tuberculose avancée, mais qu'*elle nous sera utile pour le diagnostic des tuberculoses latentes* ou douteuses, qui est souvent entouré de tant de difficultés chez le nourrisson.

Notre statistique nous montre en effet que la splénomégalie existait dans 7 cas de tuberculose nette du poumon et dans 14 cas de tuberculose latente ou très discrète, pour lesquelles l'étude de l'hérédité, surtout maternelle, et l'emploi des divers moyens de diagnostic, nous ont permis de poser un diagnostic positif, vérifié souvent par l'évolution ultérieure. Ainsi donc *la splénomégalie existe pour les 2/3 des cas avec une tuberculose latente ou douteuse, et c'est elle qui nous a entraînée à la recherche d'un diagnostic précoce.*

2° Splénomégalie dans la syphilis. — Pour d'autres auteurs, Samuel Gee, Marfan, de Beurmann et Delherm, Lancereaux, c'est la syphilis héréditaire qu'il faut mettre au premier rang. D'après Samuel Gee et Marfan, chez les jeunes enfants, la syphilis héréditaire se manifesterait quelquefois uniquement par la splénomégalie, accompagnée d'une cachexie plus ou moins prononcée; c'est ce que Marfan désigne sous le nom de « forme splénomégalique de la syphilis hérédi-

taire ». Marfan arrive même à conclure que la constatation d'une hypertrophie de la rate chez l'enfant doit toujours faire songer à la syphilis.

Haslund, Barlow, Giacomo di Lorenzo, Starr, Carrière, donnent des statistiques d'après lesquelles la splénomégalie existerait dans 45 à 50 % des cas de syphilis héréditaire.

Nous avons constaté l'hypertrophie de la rate d'origine syphilitique dans 7 cas sur nos 30 cas de splénomégalie, soit dans 21,3 % des cas, ce qui, comme nous l'avons dit, ne nous permet pas d'admettre que, devant toute splénomégalie, il faille porter aussitôt le diagnostic de syphilis.

Une question qui n'est pas encore bien résolue, c'est la durée de la splénomégalie syphilitique.

D'après Parrot, cette hypertrophie splénique serait surtout perceptible dès les premières semaines, diminuerait à partir du 3me mois et serait exceptionnelle après le 6me.

S'il est vrai que la splénomégalie syphilitique soit très prononcée dans les premières semaines, il ne nous paraît pas conforme à la vérité de dire qu'elle disparaît au 6me mois.

Nos observations nous ont montré des rates très volumineuses, dépassant de 3 et 4 travers de doigt les fausses côtes et qui existaient chez des nourrissons hérédo-syphilitiques âgés de 7, 12, 15 et 19 mois, et de plus, après une observation de près d'un an. Ces enfants de 15 et 19 mois présentaient des rates aussi volumineuses qu'au début, de telle sorte que nous sommes amenée à croire qu'on doit pouvoir constater la splénomégalie de la syphilis héréditaire à un âge bien plus avancé que ne le soutenait Parrot.

S'il est vrai que dans deux de nos cas il y avait association de bacillose et de syphilis, parmi les 5 autres cas qui ne présentaient comme cause que la syphilis héréditaire, deux ne présentaient pas de symptômes spécifiques en dehors de l'hypertrophie splénique. Donc, dans la syphilis héréditaire

comme dans la tuberculose, latentes, la splénomégalie peut constituer un signe des plus importants pour mettre sur la voie d'un diagnostic précoce et on en comprend pour la syphilis toute l importance.

3° Splénomégalie et rachitisme. — Ici l'opinion des auteurs varie du tout au tout. Henoch pense que la rate est très rarement hypertrophiée dans le rachitisme, tandis que Sasuchin admet une hypertrophie fréquente, que Gerhard l'admet dans 35 cas sur 54, que Monti admet qu'elle existe presque toujours, et Strümpell, dans *tous les cas* de rachitisme. Carrière pense que la rate est palpable dans 70 % des cas de rachitisme, après avoir éliminé tous les cas où la tuberculose et la syphilis étaient même douteuses.

Kuttner, examinant 60 rachitiques de un mois à deux ans, observe bien 44 cas d'hypertrophie de la rate; mais il reconnaît qu'il faut faire intervenir, pour expliquer celle-ci, des causes autres que le rachitisme et en particulier la tuberculose (17 cas de tuberculose associée au rachitisme sur les 44 cas).

Sur nos 30 observations de splénomégalie, il existait 12 fois un rachitisme plus ou moins prononcé, 5 fois associé à la syphilis, 6 fois à la tuberculose. Dans un seul cas, il était en rapport avec une splénomégalie de cause inconnue. Mais le dépouillement de nos 446 observations d'enfants vus à la consultation nous montrait que, sur les 78 rachitiques, sans tuberculose ou syphilis, nous n'avons jamais pu constater l'hypertrophie de la rate. Il nous est donc permis de conclure que *le rachitisme n'est pas susceptible de produire la splénomégalie* et que, quand celle-ci se manifeste chez un rachitique, il faut rechercher s'il ne coexiste pas une tuberculose ou une syphilis héréditaire. Si l'on considère combien les troubles gastro-intestinaux qui provoquent le rachitisme

ouvrent la porte à la tuberculose, on ne sera pas surpris d'une pareille conclusion.

4° Gastro-entérites et splénomégalie. — D'après Gastou, de simples diarrhées estivales seraient susceptibles de produire l'hypertrophie de la rate, et Vallée se range à cet avis. Nous avons observé très soigneusement un très grand nombre d'enfants atteints de gastro-entérite aiguë et avec les formes les plus variables. Sur une cinquantaine de cas graves, avec diarrhée très fétide et état général très mauvais, nous n'avons jamais constaté l hypertrophie de la rate.

Pour les *gastro-entérites chroniques,* nous sommes arrivée au même résultat. Czerny, Comby, ont bien constaté dans quelques cas de cet ordre de la splénomégalie, mais tous les auteurs sont d'avis qu'en général elle n'existe pas. Nos observations corroborent cette opinion, et l'existence d'une rate plutôt ratatinée dans l'athrepsie ordinaire est une constatation qui est en faveur de la non augmentation de volume de la rate dans les gastro-entérites chroniques dont elle est l'aboutissant. Il est vraisemblable que, dans les cas de splénomégalie, il existait une tuberculose latente.

5° Splénomégalie paludéenne. — Dans les pays à malaria, les splénomégalies sont très fréquentes chez le nourrisson. En dehors des cas congénitaux, plus que douteux, L. Concetti a donné les proportions suivantes : sur 360 cas de paludisme, il constate 9 cas chez des enfants de 1 à 12 mois, 24 cas chez des enfants de 1 à 2 ans et 49 cas chez des enfants de 2 à 3 ans, avec *splénomégalie* indubitable et très souvent colossale.

Nous n'avons pas eu à observer de cas semblables, les cas de fièvre intermitteute étant devenus actuellement rares à Montpellier et dans ses environs immédiats ; mais

Il est bon que le médecin soit averti de la fréquence et de la gravité de la malaria chez le nourrisson et de la splénomégalie pour ainsi dire constante chez eux.

6° Anémie splénique et leucémie. — L'anémie splénique, l'anémie infantile pseudo-leucémique, la maladie de Banti, qui sont très vraisemblablement des maladies très voisines, si elles ne doivent être identifiées et qui paraissent dépendre de causes multiples, syphilis, malaria, rougeole et d'autres infections, probablement protozoairiennes, mais encore inconnues, existent chez le nourrisson et peuvent s'accompagner de mégalosplémie. Nous n'avons pas observé parmi nos 446 malades de cas de cet ordre pas plus que de *leucémie*, qui paraît être souvent l'aboutissant des formes morbides précédentes. La leucémie est d'ailleurs rare chez les nourrissons.

Mais comme toutes s'accompagnent à peu près dans tous les cas d'une hypertrophie nette de la rate, il est important de la signaler et d'en établir les caractères, ainsi que nous essayerons de le faire dans un moment.

CHAPITRE III

Diagnostic de cause des splénomégalies

Il ne suffit pas de constater une grosse rate, il faut savoir à quelle cause exacte la rapporter. Or, nous avons vu combien cette difficulté pouvait devenir grande si l'on envisage que les auteurs diffèrent du tout au tout d'opinion sur le rôle pathogène de telle ou telle des causes que nous avons énumérées et que dans beaucoup de cas plusieurs maladies existent chez le même enfant dont l'action sur la rate est plus ou moins admise. Il est donc indispensable d'établir un diagnostic, en le basant non seulement sur l'état de la rate, mais encore sur tous les moyens d'investigation qui sont en notre pouvoir pour chacune des causes supposées.

Nous montrerons ainsi que l'on peut arriver à un diagnostic et que la recherche de l'hypertrophie splénique n'est pas seulement utile pour le pronostic.

1° Indications tirées de la rate. — Les *qualités* de la rate hypertrophiée peuvent-elles nous éclairer pour le diagnostic ?

Dans la syphilis héréditaire, la rate est très volumineuse et dure, et ces caractères sont d'autant plus prononcés que l'on est plus près, semble t-il, des premiers jours de la vie. Dans nos observations, nous constatons, dans des cas où aucune autre cause ne pouvait intervenir, une *rate tr*

rosse, débordant de quatre doigts les fausses côtes et très dure, ans la plupart des cas.

Dans la tuberculose, elle est aussi *dure* et très *volumineuse* : nos observations nous montrent que, dans cette maladie, la rate est signalée très grosse et très dure dans 16 cas ur 21. A la palpation, la main a la sensation d'arriver imméiatement sur un bloc volumineux, de dureté ligneuse, à encohe ordinairement bien prononcée. Elle nous a paru aussi rosse et aussi dure que dans la syphilis et avec des bords noins épais, de sorte que la forme de la rate est mieux onservée. Avec une très grosse rate, très dure et de forme ès bien conservée, on pensera donc d'abord à la tuberulose, puis à la syphilis, et il est à remarquer que, dans ans un cas comme dans l'autre, *les rates les plus volumineuses et les plus indurées peuvent se rencontrer avec les formes iniques les plus frustes de ces deux maladies.*

Dans le paludisme, la splénomégalie est également dure, nais le volume est colossal et occupe souvent tout le ventre. e fait sera important pour le diagnostic, mais il est insufsant, car nous avons vu la tuberculose latente pouvoir proluire une splénomégalie de mêmes caractères.

L'anémie splénique, l'anémie pseudo-leucémique et la aladie de Banti produisent de grosses rates dures, et cela 'est pas étonnant si l'on admet la nature syphilitique ou ıalarienne de ces affections. Dans la lymphadénie et dans pseudo-leucémie, la rate peut être très volumineuse et dure omme dans la malaria; elle présenterait des *bords plus* *ousses*, arrondis.

On voit donc qu'avec toutes les causes susceptibles de oduire la splénomégalie, on a presque toujours une rate olumineuse et dure et dont les différences dans l'état des ords, le degré d'induration et le volume ne sont pas sufsantes pour établir *avec certitude* un diagnostic.

On pourrait se demander également si le diagnostic ne pourrait pas se faire entre la splénomégalie syphilitique et les autres hypertrophies de la rate, par l'étude de l'évolution de cette hypertrophie. D'après la plupart des auteurs, la splénomégalie syphilitique disparaitraît après le 6e mois ; mais nous ne saurions être de cet avis puisque au 19e mois nous avons constaté des hypertrophies spléniques aussi intenses que dans la tuberculose.

L'étude des lésions spécifiques peut nous permettre un diagnostic rapide, dans un certain nombre de cas : lésions tuberculeuses du poumon, lésions spécifiques de la syphilis, hypertrophies ganglionnaires multiples de la leucémie, ne laisseront aucun doute, et dans beaucoup de cas la constatation de l'hypertrophie de la rate, en nous faisant faire un examen attentif, nous permettra de dépister une tuberculose au début.

Mais dans le cas de grosses lésions spécifiques apparentes, l'étude des phénomènes généraux pourra nous mettre sur la voie. La cachexie tuberculeuse diffère de la cachexie syphilitique (athrepsie syphilitique), et celles-ci ne ressemblent pas à la cachexie paludéenne. Même dans les cas d'affections latentes, la forme de l'anémie, malgré un état général en apparence assez bon, pourra mettre sur la voie, de même que l'existence d'une micropolyadénie, d'une adénopathie trachéobronchique, de groupes ganglionnaires perceptibles, etc. Mais ces symptômes sont impuissants à entraîner la certitude.

La recherche de la formule hémoleucocytaire permettra de serrer davantage le diagnostic : dans la tuberculose, il y a diminution des globules rouges, mais il n'y a pas d'hématies nucléés ni d'éosinophilie ; dans la syphilis, la formule est toute différente : hypoglobulie, diminution du taux de l'hémoglobine, poïkylocytose, hématies nucléés, leucocytose

yélocytose et éosinophilie. Cette formule se rencontre resque identique dans l'anémie infantile pseudo leucémique, qui est encore un argument pour faire admettre l'origine philitique de celle-ci. Mais on pourrait penser également la ressemblance de la réaction par similitude de l'espèce ulement du germe pathogène. Dans la maladie de Banti, ème formule, sauf que les globules blancs sont normaux. a lymphadénie se diagnostiquera avec facilité, quand il agit d'une forme leucémique.

Mais les seuls signes qui donneront la certitude dans les s difficiles, seront la recherche des agents spécifiques. ans le paludisme, il faudra rechercher l'hématozoaire ou s grains de pigment ; dans la tuberculose, on mettra en uvre le diagnostic d'Arloing, la recherche des bacilles berculeux dans le sang par l'inoscopie ou l'ensemencement, l'injection d'eau salée ou de tuberculine ; dans la philis, la recherche du spirochœte de Schaudinn dans le ng ou au niveau d'un accident spécifique s'il en existe.

OBSERVATIONS

Observation première

François R..., 24 mois; père amaigri, tousse et crache depuis longtemps, sans hémoptysies; mère pâle, tousse et a eu 2 pleurésies. Sur 7 enfants, 5 sont morts de méningite. Pas de syphilis.

François est né à terme; jusqu'à 6 mois nourri au sein par la mère; depuis, allaitement mixte. Suralimentation avec diarrhée fétide, survenant par poussées répétées.

Enfant pâle, amaigri, tousse depuis quelque temps: submatité du sommet gauche, avec inspiration soufflante et craquements.

Ventre gros, mou, rate nettement hypertrophiée; gros ganglions aux aines. Rien du côté des autres organes.

Diagnostic. – Bacillose du sommet gauche avec splénomégalie.

L'enfant a été suivi pendant 7 mois; la rate a été toujours constatée grosse, débordant les fausses côtes et dure.

Observation II

Louis A..., 6 mois; vu pour la première fois en février 1906. Mère bien portante. Père maigre, tousse et a craché plusieurs fois du sang. Pas de vérole. Sur 4 enfants, l'un mort à 14 mois, d'une méningite; le second est mort à

nois d'une diarrhée infectieuse ; le troisième, vivant, est e grosse lymphatique.

Louis est nourri au sein par sa mère, mais une surali-ntation forte a produit de l'eczéma séborrhéique géné-isé, de la diarrhée fétide.

Ventre modérément gros, mais flasque. A la palpation du nc gauche, on perçoit nettement la rate, qui est grosse et re. Le foie paraît être de volume normal ; aux aines, il iste quelques petits ganglions durs. Réglementation des ées ; prises de 1 centigramme de calomel.

Nous avons suivi cet enfant et, malgré les améliorations ou rechutes de son état gastro-intestinal, la rate demeure ssi grosse et aussi dure.

En mai, adénite spécifique du ganglion préauriculaire du é droit, avec fistulisation consécutive.

Observation III

Marie-Louise T..., 22 mois ; rien du côté du père ; mère aigrie, très anémiée ; se plaint de fatigue générale et, à amen des poumons, submatité des deux sommets avec iration prolongée et plus saccadée du côté droit. Elle a du quatre enfants ; deux sont morts de méningite et son aîné est actuellement à l'hôpital Saint-Eloi, avec une illose pulmonaire.

Marie-Louise a été nourrie au sein par la mère jusqu'à ge de 14 mois.

L'enfant est maigre et pâle ; elle tousse depuis quelque ips et, au sommet gauche, surtout en arrière, on cons- une submatité avec résistance au doigt, sibilants et râles s crépitants fins. Pas de fièvre. Ventre gros et tendu, c grosse rate dure dépassant de plusieurs doigts les faus-

ses côtes ; foie normal ; petits ganglions durs en grains de riz aux deux aines.

Léger rachitisme des membres inférieurs.

L'enfant a été suivie pendant six mois ; l'état de la rate est demeuré le même.

Observation IV

Joséphine B..., 3 mois. Père bien portant. Mère, submatité au sommet gauche avec expiration prolongée. Pas de syphilis.

L'enfant est nourrie au sein de la mère ; elle est petite, mais a bon aspect général ; les chairs sont fermes ; le ventre n'est pas gros, il est souple et non douloureux, avec rate volumineuse, dépassant les fausses côtes, et très dure. Foie normal. Petits ganglions aux aines. L'enfant tousse ; à l'auscultation : râles de bronchite prédominant au sommet gauche en arrière, avec, à la percussion, un peu de résistance au doigt. Pas de fièvre.

L'enfant a été suivie pendant 2 mois ; l'état des organes est resté le même.

Observation V

Fernand C..., 17 mois, parents bien portants ; nourri au biberon. Enfant pâle, à peau circuse et ridée, avec veinosités abondantes ; très amaigri, jambes grêles. Ventre gros, flasque ; hernie ombilicale. A la palpation, on perçoit nettement la rate, qui est grosse, déborde les fausses côtes et est dure. Le foie n'est pas augmenté de volume. Petits ganglions aux aines.

L'enfant tousse ; matité au sommet droit avec respiration ufflante et craquements. Pas de fièvre.

Diagnostic : bacillose avec splénomégalie Traitement et gime appropriés.

Quelques semaines après nous avons revu l'enfant avec e amélioration légère de son état général, mais le foyer cillaire du sommet droit persiste avec les mêmes caractè-; ; la rate est aussi grosse et aussi dure.

L'enfant succombe trois mois après, à une poussée de berculose pulmonaire.

Pendant tout le temps, la rate reste très grosse et dure.

Observation VI

Jean Ch..., 27 mois ; père bien portant, mère tousse un u le matin et présente au sommet droit une submatité avec lesse inspiratoire. Pas de syphilis. L'enfant, né à terme, té nourri au sein par la mère jusqu'à l'âge de deux ans. :ies pâle, cireux, aux muqueuses décolorées, aux chairs lles et flasques ; léger chapelet costal. Ventre gros, mou, c rate très accessible aux doigts, pas trop dure. De temps temps, poussées de diarrhée fétide. Aux poumons, sub-tité au sommet gauche en arrière, avec respiration rude, fflante et quelques craquements. Ganglions aux aines. n de spécial du coté des autres organes. Diagnostic ; illose avec splénomégalie.

égime spécial (lait, œufs, viande crue) ; sirop iodotan-ie.

'enfant a été suivi pendant six mois, pendant lesquels ate resta toujours bien perceptible au palper.

Observation VII

Elie B..., 11 mois, vu pour la première fois le 27 novembre 1905. Pas de syphilis dans les antécédents héréditaires. Père bien portant; mère d'une santé délicate, s'enrhumant facilement; elle tousse et il existe de la submatité au sommet droit, avec obscurité respiratoire. En outre, au niveau de ses deux poignets, synovite à grains riziformes, et gros ganglions le long du sterno-cléido mastoïdien. Un enfant mort d'une méningite et une fausse couche.

Elie est nourri au sein par sa mère; il a un assez bon aspect général, sauf qu'il est un peu blafard; léger chapelet thoracique. tibia droit incurvé (rachitisme). Ventre gros, mou, avec une hernie ombilicale. Dans l'hypochondre gauche, on perçoit nettement une rate, qui est grosse et lisse, demi-dure. L'enfant a pu être suivi pendant sept mois, la rate resta toujours grosse et dure.

Observation VIII

Jeanne T..., 20 mois. Père et mère bien portants ; pas de syphilis.

Tante maternelle vient de mourir d'une bacillose pulmonaire ouverte.

L'enfant est née à terme ; a été nourrie par la mère pendant quelques mois; depuis est nourrie au biberon.

On l'amène à la consultation de M. le professeur Bos pour la toux qu'elle garde depuis qu'elle a eu une fluxion de poitrine, il y a trois ou quatre mois. L'enfant est très maigre et pâle. A l'examen des poumons, on constate : une matit

ns les deux tiers supérieurs du côté gauche, avec résis-
nce au doigt, et à l'auscultation, un souffle cavitaire et
aquements humides abondants.

Ventre un peu gros et flasque, avec rate très grosse et
re ; le foie est normal ; petits ganglions durs aux aines.
pose le diagnostic de bacillose du poumon gauche dans
s deux tiers supérieurs avec splénomégalie, et on prescrit
traitement approprié.

L'enfant a été suivie pendant plus d'un an pendant lequel
e a eu plusieurs poussées de son foyer pulmonaire avec
s températures de 38° à 39°.

La rate est toujours restée grosse et dure.

Observation IX

Marie D..., 3 mois ; père bien portant; mère a eu, étant
ne, une adénite bacillaire du cou ; actuellement tousse le
tin ; sommets douteux ; elle n'a point la force de travail-
et de nourrir son enfant. Elle a eu six enfants venus à
me; l'aîné, âgé de 11 ans, a une adénite bacillaire suppu-
du cou. Pas de syphilis.

Marie, nourrie au sein par la mère, mais suralimentée,
sente des poussées de diarrhée verte. Enfant bien
veloppée et d'un bon aspect général, mais pâle ; ventre
s et tendu, avec rate très volumineuse, dépassant de
sieurs doigts les fausses côtes, mais demi-dure ; le foie
normal ; pas de ganglions. Rien du côté des autres orga-
. Nous avons pu suivre l'enfant pendant deux mois. La
e resta aussi volumineuse qu'au début de notre examen.

Observation X

Emile S..., 12 mois. Père se porte bien ; mère a été soignée à l'hôpital pour un pseudo-rhumatisme tuberculeux, avec induration du poumon droit. Pas de syphilis.

Emile, seul enfant de Mme S..., est né à terme et est élevé au sein par sa mère. C'est un gros enfant, au facies pâle et bouffi, à gros ventre tendu avec rate très volumineuse et dure : ganglions aux aines, au cou ; adénopathie trachéo-bronchique. Rien du côté des autres organes.

L'enfant a été suivi pendant 10 mois et bien soigné ; la rate resta toujours hypertrophiée, mais avec tendance à diminuer de volume.

Observation XI

D..., 14 mois, dont cinq frères et sœurs sont morts en bas âge de méningite. Père mort tuberculeux. Rien du côté de la mère. Pas de syphilis.

L'enfant est nourri au sein par la mère ; suralimentation suivie de diarrhée verte ; l'enfant a un très bon aspect général. Rien à signaler du côté du thorax ; le ventre n'est pas gros, il est souple : mais à la palpation, on perçoit nettement une rate, qui est dure et qui dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes. Petits ganglions dans les aines.

L'enfant a été suivi pendant 10 mois ; la rate resta toujours dans le même état.

Observation XII

André B..., 13 mois, dans les antécédents héréditaires duquel nous n'avons pas trouvé de syphilis. Mère bien portante, mais père bacillaire. Un fils aîné a son sommet gauche douteux.

André est nourri au sein par sa mère. Depuis sa naissance, il a présenté à plusieurs reprises une diarrhée verte, ais a conservé un assez bon aspect général : gros enfant x chairs fermes, un peu blafard. Rien du côté de la poine. Le ventre est d'aspect normal, mais à la palpation dans flanc gauche, on perçoit une rate grosse et dure derrière s fausses côtes. Quelques ganglions aux deux aines.

L'enfant a été suivi pendant 3 mois; la rate est demeurée lle.

Observation XIII

Anaïs L..., 16 mois, dans les antécédents héréditaires de quelle nous n'avons pas trouvé de syphilis. La mère se rte bien. Père mort tuberculeux à l'hôpital Saint-Eloi.

L'enfant est née à terme et est nourrie au sein par la mère. est une enfant très maigre et pâle, aux chairs molles, aux mbes grêles. Le ventre est gros et tendu avec une très osse rate dure.

Les tibias sont légèrement tordus; léger chapelet costal. ussées de diarrhée fétide de temps en temps.

L'enfant a pu être suivie pendant 2 mois; la rate reste ujours grosse.

Observation XIV

Charles L..., 13 mois, dans les antécédents héréditaires quel nous trouvons un père bien portant, une mère, qui a une pleurésie il y a quelques années et un frère bacillaire. s de syphilis.

L'enfant, jusqu'à 8 mois, nourri exclusivement au sein par mère, puis mange de tout. Enfant à facies pâle, aux yeux gèrement cernés ; il est maigre ; les chairs sont molles. Le

ventre, quoique n'étant pas trop gros, est flasque, avec rate nettement hypertrophiée et dure et dépassant de plusieurs doigts les fausses côtes. Rien du côté des autres organes.

L'enfant a été suivi pendant 3 mois; la rate resta dans le même état.

Observation XV

Louis M..., 10 mois; mère bien portante ; père alcoolique et bacillaire, mort peu de temps après la procréation de l'enfant. Pas de syphilis.

Louis est nourri au sein par la mère.

L'enfant est d'assez bon aspect général, aux chairs fermes, mais pâle avec ventre mou, et rate grosse et dure, dépassant les fausses côtes. Rien du côté du foie, ni du côté des autres organes ; pas de ganglions. L'enfant a été suivi pendant 7 mois ; il a toujours eu la rate grosse et dure.

Observation XVI

Léontine G..., 5 mois. Mère bien portante ; père amaigri; tousse depuis longtemps. L'enfant aînée de 12 ans présente de la submatité du sommet droit avec inspiration rude, et expiration prolongée. Les trois autres enfants se portent bien. Pas de syphilis.

Léontine est nourrie au sein et au biberon par sa mère. C'est une grosse enfant à chair ferme et à bon aspect général, avec langue sale, érythème, constipation fétide. Ventre mou et commence à devenir un peu gros ; la rate est grosse, dépassant de 3 bons travers de doigt les fausses côtes ; elle est dure. Pas de ganglions aux aines, ni aux aisselles. Rien du côté des autres organes.

Observation XVII

Joséphine F..., 2 mois 1/2, dans les antécédents héréditaires de laquelle nous ne trouvons pas de syphilis. Père très maigre, tousse et crache depuis longtemps. La mère se plaint de fatigue générale, tousse un peu, surtout le matin, et à l'auscultation des poumons, on trouve de la submatité au sommet gauche avec expiration prolongée.

L'enfant est née à terme et est nourrie à l'allaitement mixte (lait de vache et sein de la mère), mais très irrégulièrement ; aussi vomit-elle quelquefois après avoir tété et a des selles fétides de temps en temps.

L'enfant a gardé un bon aspect général, mais le ventre est gros, atone, avec grosse rate dure dans l'hypochondre gauche ; le foie est normal ; pas de ganglions. Légère tendance des tibias à s'incurver ; léger chapelet costal.

L'enfant a été suivie pendant 2 mois, pendant lesquels l'état de la rate resta le même.

Observation XVIII

Jules R..., 12 mois, né à terme, nourri au sein par la mère jusqu'à l'âge de 8 mois, depuis lait de vache. L'enfant a gardé un assez bon aspect général et se porte d'habitude assez bien, a des poussées de diarrhée verte et de constipation fétide. Ventre gros, mou, trilobé ; hernie ombilicale. A la palpation de l'hypochondre gauche, on perçoit nettement la rate, qui est grosse (dépasse de 4 bons centimètres le rebord costal), lisse et dure. Le foie est légèrement augmenté de volume. Petits ganglions durs aux aines. Rien du côté des autres organes.

Dans les antécédents héréditaires de cet enfant, nous ne trouvons rien du côté du père, mais la mère tousse depuis deux ans, après avoir eu une fièvre typhoïde ; à l'auscultation des poumons on trouve : inspiration rude et saccadée, expiration prolongée au sommet droit avec submatité à la percussion.

L'enfant a été suivi pendant trois mois ; la rate resta toujours nettement hypertrophiée.

Observation XIX

Odette M..., 8 mois ; dans les antécédants héréditaires de laquelle nous ne trouvons rien du côté du père, sauf léger éthylisme ; mais la mère se plaint de fatigue générale, elle est maigre, tousse, surtout le matin ; sommet droit douteux. Pas de bacillaires dans la famille.

Odette est la seule enfant de Mme M..., qui n'en a jamais eu d'autres ; pas de fausses couches.

L'enfant est nourrie au sein par la mère et a un très bon aspect général. Le ventre est un peu gros et flasque, avec rate grosse et dure, dépassant les fausses côtes. Foie normal. Pas de ganglions. Tibia droit légèrement incurvé ; très léger chapelet costal. Rien du côté des autres organes.

L'enfant a été suivie pendant trois mois, pendant lesquels la rate resta toujours grosse et dure.

Observation XX

Paule S..., 2 ans, dans les antécédents héréditaires de laquelle nous ne trouvons rien à signaler du côté du père. La mère présente une submatité au sommet droit avec inspiration rude et expiration très prolongée. Deux enfants en bas âge morts de méningite. Pas de syphilis.

Paule, jusqu'à 20 mois a été nourrie au sein par sa mère. 'oussées de diarrhée fétide. Depuis quelques jours, elle a de ouveau une diarrhée noirâtre. très fétide ; la langue est ıle et la figure est couverte d'un eczéma impétigineux. La ›ntanelle est ouverte plus qu'il ne convient à cet âge, les ibias commencent à s'incurver légèrement. Le ventre est ıou, trilobé, avec grosse rate, dépassant les fausses côtes, sse, pas trop dure. Le foie est normal. Pas de ganglions ıux aines.

L'enfant a été suivie pendant trois mois, pendant lesquels état des organes n'a pas changé.

Observation XXI

Louis J..., 8 mois 1/2. Père probablement bacillaire : très ıaigre, tousse et a eu des hémoptysies. Mère bien portante. ɹes deux enfants aînés se portent bien. Ses troisième et qua-rième grossesses se sont terminées par des fausses couches e trois et de quatre mois, sans causes appréciables et sans ue les fœtus aient eu quelque chose de particulier. Pas de yphilis.

Louis est né à terme. C'est un gros enfant suralimenté vec déjà un léger degré de rachitisme. Nourri jusque-là xclusivement au sein par la mère, mais d'une façon très rrégulière. Le ventre n'est pas très gros, ni douloureux, il st souple; à la palpation, on perçoit nettement la rate errière les fausses côtes, en même temps qu'il existe quel-ues petits ganglions aux aines. Le foie n'est pas augmenté le volume.

Observation XXII

Maria A..., 15 mois, issue de parents atteints de syphilis. Père malade le premier, contamina sa femme qui a eu un chancre aux grandes lèvres, suivi de roséole. Elle a eu deux fausses couches de sept mois avec enfants mort-nés et macérés. Elle a mené à terme sa troisième grossesse, mais l'enfant est né avec stigmate d'une syphilis, à laquelle il succomba à l'âge de trois mois

Maria, née à terme, a eu du pemphigus à la plante des pieds à sa naissance et une éruption à l'âge de deux mois. (Service de M. le professeur Brousse.) Jusqu'à l'âge de trois mois, l'enfant a été nourrie au sein par sa mère.

L'enfant a bon aspect général et actuellement ne présente aucun stigmate de syphilis. Le ventre est un peu gros, avec très grosse rate dure. Le foie est normal; pas de ganglions. Rien du côté des autres organes.

Le traitement spécifique ayant été institué par des frictions à l'onguent napolitain, l'enfant n'a pu être suivie que pendant trois semaines. La rate resta tout le temps très grosse et dure.

Observation XXIII

Jeanne R..., 12 mois, dont la mère avait accouché en pleine période secondaire de syphilis.

L'enfant est élevée au biberon. C'est une enfant à facies pâle, à peau ridée, au gros crâne natiforme, avec fontanelle encore très large, de même que les sutures crâniennes; incurvation des bras et des jambes. Le ventre est gros et dur; la rate est très grosse et dure; le foie est légèrement

hypertrophié. Pas de ganglions. Plaques muqueuses sur les lèvres. L'enfant est très irrégulièrement nourrie, et, à ce moment, a une diarrhée forte et très fétide. Régime alimentaire et traitement spécifique.

L'enfant a été suivie pendant neuf mois ; malgré le traitement spécifique suivi, il est vrai, d'une manière très peu régulière, la rate resta toujours très dure et presque aussi grosse qu'il y a neuf mois, quand on l'examina pour la première fois.

Observation XXIV

Marcelle J..., 19 mois, dans les antécédents héréditaires de laquelle nous trouvons une syphilis avérée : la mère de l'enfant, mariée il y a six ans, accuse d'avoir eu peu de temps après son mariage une grosseur aux grandes lèvres, qui a duré plusieurs semaines ; quelque temps après, elle a eu une roséole et des plaques muqueuses dans la bouche ; traitée pour tous ces accidents à l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de M. le professeur Brousse, par des injections et des pilules.

Marcelle est la seule enfant de Mme J... ; depuis sa naissance est très maigre. Elle a l'aspect caractéristique d'un enfant hérédo-syphilitique : petite vieillotte, à peau ridée, d'une teinte pâle-verdâtre, avec le front bombé, fontanelle antérieure largement ouverte ; malgré ses 19 mois, elle n'a que quatre dents. Les jambes sont grêles, de même que les bras ; les avant-bras sont légèrement tordus ; les ongles des doigts sont nettement bombés en verre de montre (doigts hippocratiques). Le thorax est étroit, avec léger chapelet costal. Le ventre est très gros, tendu, avec veinosités très développées. Par la palpation, on perçoit nettement la rate, qui est grosse, dépassant de plusieurs travers de doigt les

fausses côtes ; elle est en même temps très dure. Le foie est gros, il dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes. Gros ganglions durs aux aines et aux aisselles.

Les poumons sont à surveiller soit au point de vue de la syphilis, soit au point de vue de la bacillose : à l'auscultation, on perçoit, en effet, une respiration soufflante au sommet des deux côtés, avec râles sous-crépitants. Pas de fièvre. Rien du côté des autres organes.

L'enfant est nourrie au sein par sa mère.

Frictions à l'onguent napolitain.

L'enfant a été suivie pendant cinq mois; l'état des organes abdominaux et thoraciques resta le même.

Observation XXV

Basile M..., 7 mois, père bien portant; mère également bien portante ; pas de fausses couches Spécificité niée par le mari.

Enfant, né à terme, nourri au sein par la mère. Depuis sa naissance il a de la difficulté à respirer, surtout dans la position assise ; cornage, avec véritables crises d'asphyxie. Au cou, du côté droit, dans la région du sterno-cléido-mastoïdien, siège une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'une dureté ligneuse, sans limites nettes dans la masse musculaire, où elle envoie plusieurs prolongements.

L'enfant est pâle, mais d'un assez bon aspect général. Le ventre n'est pas très gros, il est souple. La rate est nettement perceptible au palper — elle est grosse et dure. Le foie est légèrement hypertrophié; gros ganglions aux aines. Tibias légèrement incurvés.

M. le professeur Bosc porta le diagnostic de myosite syphilitique fibro-gommeuse, malgré l'absence de tout signe de

syphilis du côté du père ou de la mère, et on prescrivit le traitement mercuriel (frictions à l'onguent napolitain).

Pour être sûrs que tous les phénomènes de compression étaient dus à cette tumeur du st.-cl.-mast., et qu'il n'y avait aucune lésion locale du côté du larynx, on pria M. Mouret de vouloir bien pratiquer l'examen du larynx ; examen qui ne nous donna absolument rien d'anormal du côté de cet organe. M. Mouret posa le même diagnostic, et conseilla de continuer le même traitement spécifique commencé.

Au bout de quelques semaines, la mère, voyant que la tumeur ne cédait pas au traitement prescrit, alla consulter M. le professeur Estor, qui posa le même diagnostic que celui de M. le professeur Bosc, et l'envoya à M. le professeur Brousse, qui confirma le diagnostic et conseilla de continuer le traitement.

L'enfant a été suivi pendant un an, pendant lequel le traitement par des frictions à l'onguent napolitain a été très régulièrement suivi. La tumeur du cou, quoique très tenace, diminua d'un bon tiers de son volume, en même temps qu'elle est devenue moins dure. La rate et le foie ont aussi diminué beaucoup de leur volume, mais la rate est encore très perceptible et dure.

Observation XXVI

Alphonse R..., 2 mois. Père toujours très bien portant ; mère bien portante. Pas de syphilis avouée.

Mme R,.., a eu 5 grossesses : son enfant aîné, né à terme, est mort en bas âge d'une maladie inconnue. Sa deuxième grossesse s'est terminée par une fausse couche de 7 mois 1/2 d'un enfant mort-né et macéré. La troisième grossesse s'est terminée également par une fausse couche de 3 mois, sans

qu'aucune cause ait pu l'expliquer. Son quatrième enfant est né à terme, mais est mort quelques heures après la naissance, sans avoir rien eu de particulier. A toutes ses grossesses, elle a eu le ventre très volumineux.

Alphonse est le dernier enfant de Mme R... il est né à terme, sans avoir présenté rien de spécial à sa naissance ; il a cependant un coryza chronique depuis qu'il est né.

L'enfant est maigre, à peau ridée ; le menton, le cou, tout son corps et les membres inférieurs sont couverts d'une éruption papuleuse de couleur rose cuivreuse. Ces éléments se réunissent et constituent des placards à bords irréguliers. Au niveau de l'anus, mêmes plaques un peu saillantes.

Le ventre est gros et mou, avec grosse rate dure, dans l'hypochondre gauche, dépassant de plusieurs doigts les fausses côtes.

Malgré tous les caractères de l'éruption, M. le professeur Bosc pensa à la possibilité d'une éruption non spécifique, due à l'état défectueux du tube digestif, et ne prescrivit qu'un régime alimentaire sévère, en même temps que quelques paquets de calomel à faible dose (1/2 centigr.), donnés à plusieurs jours d'intervalle, pour effectuer la désinfection intestinale. En effet, quelques jours après, malgré l'absence du traitement spécifique, l'éruption pâlit un peu. Mais il s'agissait bien d'une éruption syphilitique, comme le laissaient penser les fausses couches de la mère et le coryza chronique de l'enfant, car après quelques jours de traitement spécifique l'éruption avait disparu.

L'enfant n'a pu être suivi que pendant un mois.

La rate resta dans le même état, le traitement spécifique n'ayant pas eu encore, probablement, le temps d'agir sur elle.

—

Observation XXVII

Odette F..., neuf mois, dont le père n'a jamais rien eu; mais la mère est bacillaire (bronchite du sommet gauche), et en outre on peut soupçonner chez elle la syphilis en se basant : 1° sur la fausse couche d'un enfant de sept mois mort-né et macéré, qu'elle a eu avant la naissance d'Odette; 2° sur l'abondance du liquide amniotique qu'elle a eu pendant ses grossesses ; 3° sur les maux de tête nocturnes dont elle se plaint

Odette est née à terme, sans avoir présenté rien de particulier au moment de sa naissance. Elle n'a été nourrie au sein de la mère que pendant un mois.

L'enfant est pâle et amaigrie ; le ventre est gros et flasque. A la palpation, on perçoit nettement la rate, qui n'est pas très dure, mais volumineuse et allongée, se repliant sur elle-même au moment de la palpation ; foie augmenté de volume. Pas de ganglions. Les jambes sont maigres, avec tendance des tibias à s'incurver légèrement.

Suralimentation forte avec diarrhée verte. Une fois l'intestin et l'estomac de l'enfant remis en ordre, on essaya le traitement mercuriel par des frictions à l'onguent napolitain.

L'enfant a été revue quatre mois après ; la rate avait un peu diminué de volume.

Observation XXVIII

Rachel R..., 5 mois, issue de parents en apparence bien portants; la mère, cependant, à sa première grossesse a eu un enfant hydrocéphale, qui, né à terme, succomba quelques jours après sa naissance. A toutes ses grossesses la mère a eu le ventre très gros, avec quantité considérable de liquide

amniotique. Ses deux autres enfants sont venus à terme et se portent bien. Pas de fausses couches. Rachel est née à terme, sans avoir présenté rien de spécial à sa naissance ou peu de temps après. Elle est nourrie au sein par la mère, mais d'une manière défectueuse; poussées de diarrhée verte grumeleuse, vomissements, eczéma impétigineux. L'enfant a gardé un assez bon aspect général; le ventre n'est pas gros; mais à la palpation, on perçoit nettement la rate grosse derrière les fausses côtes. Le foie est normal; pas de ganglions aux aines. Les jambes sont légèrement incurvées, mais il n'y a pas d'autres signes de rachitisme.

L'enfant, qui a été suivie pendant 6 mois, a toujours eu sa rate nettement augmentée de volume.

Observation XXIX

Paul M..., 15 mois, dans les antécédents héréditaires duquel nous n'avons absolument rien trouvé de pathologique. Père et mère très bien portants, comme tous les autres membres de la famille d'ailleurs. La mère n'a jamais fait de fausse couche. Ses deux autres enfants, nés à terme, se portent bien.

Paul est né à terme, sans avoir présenté rien de spécial à sa naissance. Jusqu'à l'âge de huit mois, il a été nourri au sein par sa mère, mais depuis lors, sevré, il prend du lait de vache, des soupes, des pommes de terre, etc. Depuis sa naissance, mal réglé, il a eu des troubles gastro-intestinaux presque chroniques, se traduisant par des poussées de diarrhée fétide, alternant avec de la constipation et des vomissements alimentaires de temps en temps La mère l'amène à la consultation de M. le professeur Bosc, parce qu'il maigrit progressivement. En effet, l'enfant est très amaigri, à

eau ridée, aux yeux cernés. Malgré ses 15 mois, il n'a que inq dents; tibias sont incurvés, épiphyses des poignets paissies, léger chapelet costal; pas de rachitisme crânien. e ventre n'est pas gros, il est souple et atone (ventre tri-obé), avec grosse rate dure dans l'hypochondre gauche; le oie est normal. Pas de ganglions. Rien du côté des autres rganes. Pas de fièvre.

Nous avons revu l'enfant avec à peu près le même état énéral, sans fièvre, avec, cependant, amaigrissement tou-ours progressant et toujours quelques troubles gastro intes-inaux, bien que la mère prétendît avoir fait strictement uivre à son enfant le régime indiqué par M. le professeur osc. On pense à de la tuberculose possible. Après 3 mois, nort de l'enfant par broncho-pneumonie probablement uberculeuse.

Observation XXX

François H..., 18 mois, issu de parents bien portants. i syphilis, ni tuberculose. C'est le premier enfant de Mme .; il est né à terme, sans avoir rien présenté à sa naissance; ourri au sein par la mère jusqu'à l'âge de 14 mois, il est vré depuis lors et mange comme ses parents. Poussées de arrhée fétide et glaireuse, estivale. Le ventre est souple et est pas gros. La rate est très grosse; foie normal, pas de nglions. Rien du côté des autres organes. L'enfant a un ès bon aspect général.

Suivi pendant un mois, l'enfant garda toujours sa rate osse.

CONCLUSIONS

I. — La meilleure méthode pour rechercher l'hypertrophie chronique de la rate chez le nourrisson est la palpation, celle-ci étant faite d'après les règles indiquées.

II. — La splénomégalie vraie est fréquente chez les enfants au-dessous de 3 ans : nous l'avons constatée dans 6,6 °/₀ des cas, et comme sa constatation est de la plus grande utilité pour le diagnostic d'un certain nombre d'affections, non seulement en pleine évolution, mais même latentes, le *médecin devra pratiquer systématiquement la palpation de la rate chez le nourrisson.*

III. — La *tuberculose* nous a semblé être la cause la plus fréquente de l'hypertrophie chronique de la rate : nous l'avons constatée, en effet, dans 70 °/₀ des cas de splénomégalie. La tuberculose latente peut produire des rates aussi grosses que la tuberculose déjà avancée.

La *syphilis héréditaire* vient ensuite comme fréquence : nous avons constaté la splénomégalie syphilitique dans 21 °/₀ des hypertrophies spléniques. Ces grosses rates peuvent constituer le seul symptôme apparent de la syphilis héréditaire.

Le *rachitisme* ne nous a pas paru avoir d'influence sur la rate des nourrissons. En effet, dans le rachitisme pur, la rate n'était pas hypertrophiée et quand le rachitisme coexistait avec la splénomégalie, on constatait toujours une cause

:tive, en particulier la syphilis héréditaire (rachitisme rphilitique) ou une tuberculose dont le rachitisme favorise développement.

Le *paludisme*, dans les pays où il est endémique, atteint rtement le nourrisson et est la cause de splénomégalies ironiques volumineuses.

Il en est de même de l'anémie splénique, de l'anémie eudo-leucémique, de la maladie de Banti et de la lymphanie.

IV. — Le diagnostic de nature d'une splénomégalie peut re très facile, quand il existe chez le nourrisson, en même mps que l'hypertrophie de la rate, des symptômes spéciues apparents des affections causales. Dans les cas où ypertrophie splénique est isolée, elle est extrêmement portante, parce qu'elle appelle l'attention du médecin sur xistence possible d'une affection contagieuse, comme une philis latente, et qui devra baser son diagnostic sur l'état néral, l'examen approfondi des organes, l'examen de la rmule hémoleucocytaire, et enfin, preuve seule absolue, r l'existence des agents pathogènes : hématozoaire, spirocœte, bacille de Koch, etc.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 Juillet 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 Juillet 1906.
Pour le Recteur, le Doyen délégué,
MAIRET.

MONTI. — *Real-Encyclopaedie*, 1888, p. 353.
NEUMANN. — Syphilis. Wien., 1903.
— Syphilis congénit. de la rate et du foie. *Ann. de derm. et de syph.*, 1896.
PARROT. — Communic. sur la grosse rate des héréd.-syph. *Société de Biologie*, 1872.
— Leçons sur la syph. héréditaire. *Progrès méd.*, 1877 et 1878.
— Recherches inédites sur les maladies des nouveau-nés.
— Syphilis et rachitisme.
ROTHERY. — Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdom. chez les enf. *Th. de Paris*, 1870, n° 54.
RENDU, — Syph. infant. *Société anatom.*, 1870.
SANCHEZ. — Essai sur la syph. hérédit. *Th. de Paris*, 1855.
SASUCHIN. — La rate dans le rachitisme. Jahrb. f. Kinderh., 1900. Analyse in *Rev. des mal. de l'enf.*, 1900.
SEVESTRE. — Des manifest. préc. de la syph. cong. *Progrès méd.*, 1889, p. 65.
TISSIER. — Anat. path. de la rate syphilitique. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1885.
TOUSSET. — Contribut. à l'étude histolog. des gommes syph. *Ann. de derm. et de syphil.*, 1890.
TROLARD. — Direction de la rate chez le fœtus et chez l'enf. *Bulletins de la Soc. de Biologie*, 1892, 12 mars, p. 227.
TROUSSEAU et LASÈGUE. — De la syph. constit. des enf. du premier âge. *Archives gén. de méd.*, oct. 1847, p. 145.
VALLÉE. — Contrib. à l'étude la rate chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1892, n° 76.
VAN DEN CORPUT. — Hypertrophie de la rate. *Presse méd. belge*, 1866.
VIDAL. — De la syphilis congénitale. *Th. agrég.*, 1860.
VIOLET. — Essai pratique sur la syphil. infantile. *Th. de Paris*, 1874.
VIRCHOW. — La syphilis constitutionnelle, 1860.
WEST. — Leçons sur les maladies des enfants. Trad. Archambault, 1881.
ZIEMSSEN. — Handbuch der spec. Path. und Ther. 1876.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples levant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de tre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité ns l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'in-ent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. mis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon t ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs ants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes pro-sses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y nque.